VII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI POLITYKI SENIORALNEJ**
(NR 6)
z dnia 28 sierpnia 2014 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 6)

28 sierpnia 2014 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Michała Szczerby (PO)**, przewodniczącego Komisji, i **Andrzeja Lewandowskiego (TR)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację Ministra Zdrowia oraz Ministra Pracy i Polityki Społecznej na temat zdrowotnych i społecznych skutków chorób otępiennych oraz choroby Alzheimera.

W posiedzeniu udział wzięli: **Igor Radziewicz-Winnicki** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Radosław Mleczko** podsekretarz stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, **Barbara Imiołczyk** główny koordynator komisji ekspertów i rad społecznych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, **Małgorzata Żyra** konsultant w Departamencie Badań Społecznych i Warunków Życia Głównego Urzędu Statystycznego, **Maciej Karaszewski** główny specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, **Renata Ekielska** członek prezydium Komisji Dialogu Społecznego ds. Osób Starszych i Kombatantów oraz **Krystyna Lewkowicz** przewodnicząca Komisji Dialogu Społecznego ds. Uniwersytetów Trzeciego Wieku przy Biurze Pomocy i Projektów Społecznych miasta stołecznego Warszawy, prof. dr hab. **Bolesław Samoliński** krajowy konsultant w dziedzinie zdrowia publicznego, dr hab. **Piotr Gałecki** krajowy konsultant w dziedzinie psychiatrii, prof. dr hab. **Maria Barcikowska-Kotowicz** wiceprezes Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego, dr hab. **Piotr Błędowski** wiceprzewodniczący Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, **Tomasz Goździkiewicz** prezes Związku Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień, prof. dr hab. **Tomasz Grodzicki** dziekan Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, prof. dr hab. **Andrzej Kokoszka** kierownik II Kliniki Psychiatrycznej oraz dr **Elżbieta Kozak-Szkopek** adiunkt w Klinice Geriatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, **Bogusława Biedrzycka** dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Wola m.st. Warszawy, **Edyta Długosz-Mazur** dyrektor Środowiskowego Domu Samopomocy dla Osób z chorobą Alzheimera „Mefazja" w Lublinie, **Jarosław Gnioska** dyrektor Centrum Alzheimera w Warszawie, **Jolanta Sobczak** dyrektor Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie, **Anna Śremska** dyrektor Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łodzi, **Marta Szkupińska** dietetyk Ośrodka Opiekuńczo-Rehabilitacyjnego „Tabita" w Konstancinie-Jeziornie, **Izabela Cymer** członek zarządu Stowarzyszenia Pomocy Psychologicznej „Syntonia", **Anna Jakrzewska-Sawińska** wiceprezes Wielkopolskiego Stowarzyszenia Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe", **Mirosława Wojciechowska-Szepczyńska** członek zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, **Halina Pawełko** wiceprezes Towarzystwa Warszawskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku, **Sławomira Pieńkowska** prezes Stowarzyszenia „Pierwszy Żoliborski Uniwersytet III Wieku" wraz ze współpracownikami, **Ewa Pruszko** wiceprezes Uniwersytetu Trzeciego Wieku Woli i Bemowa, **Krystyna Rymaszewska-Prędkopowicz** koordynator Uniwersytetu Trzeciego Wieku oraz Uniwersytetu Dziecięcego Stowarzyszenia „Europa i My" wraz ze współpracownikami, **Bożena Sałacińska** przewodnicząca rady samorządowej Kazimierzowskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Bydgoszczy, **Maria Surawska** wiceprezes Towarzystwa Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Wesołej, **Lucyna Wasilewska** prezes Towarzystwa Uniwersytetu Trzeciego Wieku im. prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Ursusie oraz **Regina Rokita** rzecznik prasowy Związku Ochotniczych Straży Pożarnych Rzeczypospolitej Polskiej.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska**, **Jakub Krowiranda** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dzień dobry państwu. Witam wszystkich bardzo serdecznie na 6. posiedzeniu Komisji Polityki Senioralnej. Chciałbym bardzo serdecznie przywitać wszystkich gości, którzy przyjęli zaproszenie na dzisiejsze posiedzenie Komisji. Chciałbym w szczególności przywitać pana Igora Radziewicza-Winnickiego podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, pana Radosława Mleczkę podsekretarza stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami z ministerstwa, pana Krzysztofa Tuczapskiego zastępcę prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, jak również przedstawicieli innych instytucji, takich jak Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych czy Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich z panią Barbarą Imiołczyk. Chciałbym przywitać przedstawicieli samorządu terytorialnego oraz całą grupę ekspertów w zakresie zdrowia, w tym pana profesora Bolesława Samolińskiego krajowego konsultanta w dziedzinie zdrowia publicznego i pana profesora Piotra Błędowskiego wiceprzewodniczącego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, jak również pana profesora Tomasza Grodzickiego, panią profesor Marię Barcikowską-Kotowicz i pana profesora Piotra Gałeckiego, który jest krajowym konsultantem w dziedzinie psychiatrii. Chciałbym również przywitać gości z Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz z wielu instytucji samorządowych, w tym z instytucji miasta stołecznego Warszawy, ale też całą rzeszę przedstawicieli organizacji należących do tzw. ruchu alzheimerowskiego oraz organizacji pozarządowych zajmujących się zagadnieniami osób cierpiących na chorobę Alzheimera i choroby otępienne.

Szanowni państwo, ta sprawą, którą dzisiaj podjęliśmy się zająć, jest przykładem interdyscyplinarności polityki senioralnej, traktowanej jako tworzenie warunków dla zdrowego i godnego starzenia się. Choroby otępienne i choroba Alzheimera ze względu na częstość występowania i rodzaj zaburzeń, jakie powodują, stanowią szczególny problem. Nie tylko medyczny, ale także w dużej mierze – a może przede wszystkim – społeczny. Szacuje się, że na chorobę Alzheimera i inne otępienia cierpi w Europie blisko 8 mln osób, a do roku 2020 liczba ta prawdopodobnie się podwoi. Zmiana ilościowa związana z prognozami demograficznymi powinna też powodować – w opinii naszej Komisji – zmiany jakościowe w politykach publicznych. To wyzwanie dla poprawy jakości opieki medycznej wydłużającej życie obywateli, ale należy także pamiętać, że zwiększonej długowieczności powinny towarzyszyć intensywne działania na rzecz utrzymania i ciągłej poprawy jakości życia. Warto bowiem również zauważyć, że chorzy ze względu na narastające trudności poznawcze i zaburzenia zachowania wymagają szczególnej formy opieki.

Dzisiejsze posiedzenie Komisji ma na celu dostrzeżenie problemu, jak i wsparcie konkretnych działań w zakresie właściwej organizacji pomocy i opieki nad chorymi. Te postulaty formułuje od lat ruch alzheimerowski – organizacje pozarządowe, które chcielibyśmy wesprzeć oraz wzmacnić ich oddziaływanie na instytucje służby zdrowia i opieki społecznej. Chcemy rozmawiać o Polskim Planie Alzheimerowskim, jak również o zapobieganiu dyskryminacji chorych i ich opiekunów. Chcielibyśmy także zwrócić uwagę i w tym zakresie po wystąpieniach panów ministrów będę prosił o wystąpienie panią profesor Marię Barcikowską-Kotowicz, która przedstawi sytuację osób chorych. Pani profesor przedstawi również raport, który przygotował i wydał w tym roku Rzecznik Praw Obywatelskich, a dokładnie komisja ekspertów przy rzeczniku. Raport dotyczy sytuacji osób cierpiących na chorobę Alzheimera. Dzięki uprzejmości pani Barbary Imiołczyk dysponujemy kilkunastoma egzemplarzami tego raportu.

Szanowni państwo, chciałbym zapytać, czy ze strony państwa posłów są jakieś pytania do porządku dzisiejszego posiedzenia. Nie słyszę. Stwierdzam zatem przyjęcie porządku dziennego posiedzenia Komisji. Przystępujemy do jego realizacji.

Dzisiejszy porządek obejmuje informację Ministra Zdrowia oraz Ministra Pracy i Polityki Społecznej na temat zdrowotnych i społecznych skutków chorób otępiennych oraz choroby Alzheimera. Chciałbym bardzo serdecznie poprosić o zabranie głosu jako pierwszego pana ministra Igora Radziewicza-Winnickiego, który będzie musiał w trakcie posiedzenia Komisji wyjść ze względu na trwające równolegle posiedzenia innych komisji. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki:

Dziękuję uprzejmie. Panie przewodniczący, szanowni państwo, po pierwsze, dziękuję za zaproszenie i za zorganizowanie posiedzenia Komisji w tym bardzo ważnym aspekcie zdrowotnym – wyzwania tak naprawdę dla systemu opieki zdrowotnej, bo przecież zmieniająca się struktura demograficzna populacji i starzenie się społeczeństw powodują także zmiany w strukturze chorobowości. Nie ulega wątpliwości, że już dzisiaj różnego rodzaju zaburzenia poznawcze i zespoły otępienne stanowią bardzo poważny problem zdrowotny – jeden z wielkich problemów geriatrycznych. Częstość ich występowania będzie się z czasem zwiększała.

Nie chciałbym wchodzić w materię wybitnych ekspertów zgromadzonych na sali, ale warto zauważyć, że zmienia się także oblicze etiologiczne zespołów otępiennych. Jednak szczęśliwie nasza populacja jest w coraz mniejszym stopniu obciążona chorobami naczyń albo problemami zatruć, szczególnie przewlekających się czy powtarzających się, przede wszystkim późnych powikłań choroby alkoholowej. Obraz otępienia znany jeszcze sprzed kilkudziesięciu lat się zmienia. Wydaje się, że w tej strukturze w przyszłości będą właśnie dominowały otępienia o innym podłożu, przede wszystkim alzheimerowskie. Nie mylę się, pani profesor? Pani profesor potwierdza: „Bardzo dobrze. Dostateczny z plusem”. Myślę, że to wyzwanie przede wszystkim leży po stronie zarówno systemu opieki zdrowotnej, jak i systemu zabezpieczenia społecznego, dlatego że opieka nad tą dużą populacją wymaga zintegrowania działania na poziomie operacyjnym, czyli na poziomie miejsca zamieszania, zarówno poprzez dostarczenie nowych form opieki, dotąd nieznanych, jak też koordynacji opieki społecznej z opieką medyczną, w tym przede wszystkim środowiskową.

Jeśli pan przewodniczący i państwo pozwolą, nie będę powielał, szanując państwa czas, tych danych, które przekazaliśmy Wysokiej Komisji wraz z materiałem, zgodnie z prośbą pana przewodniczącego. Wspomnę tylko tyle, że te działania, które są planowane i podejmowane, dotyczą m.in. kwestii określonych w dokumencie rządowym Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020, których elementem jest przede wszystkim stworzenie systemowych rozwiązań pozwalających na rozwój usług medycznych dla osób starszych.

Nie tylko rozwój geriatrii jako specjalizacji. Wspomnę, że utworzyliśmy nowy system kształcenia lekarzy, gdzie skróciliśmy czas dojścia do samodzielności lekarza specjalisty geriatry. Mogą się oni kształcić w systemie modułowym. Ponadto ciągle tworzone są kadry geriatryczne. Oczywiście, jesteśmy świadomi tego, że zasób specjalistów geriatrów jest ciągle niewystarczający, ale też musimy powiedzieć szczerze, że to jest element w ogóle pewnej transpozycji całego systemu opieki zdrowotnej. Geriatria wywodzi się z chorób wewnętrznych, była postspecjalizacją. Jest dyscypliną, oczywiście, interdyscyplinarna. Nie możemy też jednak budować takiej koncepcji i przekonania, że fakt starzenia się populacji spowoduje, że w ogóle zrezygnujemy z lekarzy innych dziedzin i będziemy leczyli docelowo wszystkie osoby, które spełniają definicję metrykalną pacjenta geriatrycznego – ona jest też nieakceptowana społecznie – kierując je wyłącznie pod opiekę zespołów geriatrycznych. Po pierwsze, to jest nierealne, a po drugie, dysfunkcjonalne z punktu widzenia opieki zdrowotnej.

Niedawno reaktywowaliśmy zespół przy Ministrze Zdrowia i chcemy wypracować kilka nowych modeli innowacyjnej, kompleksowej opieki geriatrycznych. Po pierwsze, to upowszechnienie całościowej oceny geriatrycznej, która została w naszym kraju zainicjowana, ale w naszym przekonaniu jest niewystarczająca i powinna być dostępna zarówno na poziomie opieki ambulatoryjnej, specjalistycznej, jak i – docelowo – także na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Budujemy takie mechanizmy, które to umożliwią. Po drugie, tworzymy koncepcję konsultacji geriatrycznych. Wydaje się, że ten nowoczesny system opieki geriatrycznej wobec pacjentów wymagających interdyscyplinarnego spojrzenia musi uwzględniać te elementy, czyli musi uwzględniać zasady współpracy z innymi jednostkami opieki zdrowotnej. Pamiętajmy bowiem o tym, że medycyna się bardzo specjalizuje i problemy geriatryczne są obecne wszędzie. O ile geriatria wyłoniła się jako odrębna subdyscyplina medyczna, to zauważamy te trendy w każdych praktycznie, wąskich dziedzinach medycyny. Należy się spodziewać, że tak jak instytucjonalizują się katedry, podręczniki i towarzystwa naukowe gerontodiabetologii, gerontoneurologii

czy gerontogastrologii, tak spodziewamy się, że praktycznie w każdej dyscyplinie medycyny te problemy zostaną wyłonione. Wydaje się zatem, że takie zespoły geriatryczne, konsultacyjne powinny być dostępne dla tych różnych subdyscyplin medycznych, bo przecież pacjenci w wieku podeszłym chorują na nowotwory, na schorzenia chirurgiczne, na urazy i wymagają wsparcia tych lekarskich zespołów terapeutycznych, które udzielają właściwych sobie – w narządowo podzielonej medycynie – świadczeń zdrowotnych. Wymagają wsparcia ze strony zespołów geriatrycznych.

W ramach funkcjonowania opieki w miejscu zamieszkania ciągle niedocenianym elementem jest utworzenie opieki farmaceutycznej. Wielkim problemem geriatrii jest polipragmazja. Wielkim problemem jest też dysharmonia różnych elementów systemu opieki zdrowotnej, które udzielają świadczeń w sposób niezależny od siebie i nieskoordynowany. Jak państwo wiedzą, budujemy system platformy elektronicznej i tej recepty, która za 2 lata – jak liczymy – będzie się już upowszechniała i będzie dostępna wszędzie w Polsce, co dodatkowo poprawi jakość opieki farmaceutycznej. Wydaje się, że na poziomie lokalnym, operacyjnym apteka jest doskonałym miejscem, gdzie można udzielać porad z zakresu bezpiecznej farmakoterapii, szczególnie przy powtarzającej się farmakoterapii.

Mamy świadomość tego, że pacjenci w wieku 60+ co 5 lat zażywają więcej produktów leczniczych. Niepokojący jest odsetek tych pacjentów, którzy zażywają więcej niż 5 czy nawet więcej niż 10 leków, a zwykle 2 z nich są lekami OTC (*over-the-counter* – dostępnymi bez recepty lekarskiej), jak wskazuje badanie „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce" (PolSenior). Wydaje się, że niedocenianym elementem tych interakcji lekowych są dodatkowo suplementy diety, których reklama jest wręcz dedykowana pacjentowi w wieku podeszłym. Są uznane powszechnie za środki nieszkodliwe, ale wiemy o tym doskonale, że niektóre z ich składników w sposób niepokojący mogą wchodzić w interakcję lekową. Szczególnie, jeżeli są to preparaty z miłorzębu czy wyciągi owocowe, bo one rzeczywiście zaburzają metabolizm leków.

Elementem, nad którym pracujemy, jest stworzenie koncepcji i definicji, kiedy, jakiemu pacjentowi i w jakiej sytuacji wykonujemy jakie rodzaje testów przesiewowych oraz kiedy i kogo kierujemy do całościowej oceny geriatrycznej, najpierw na poziomie lecznictwa szpitalnego w innych niż geriatryczne jednostkach opieki zdrowotnej, a docelowo na poziomie operacyjnym podstawowej opieki zdrowotnej, czyli w miejscu zamieszkania pacjenta. Ponadto drugim obszarem wskazanym w polityce długofalowej jest promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna. To przede wszystkim działania, które mają się skupić na okresie własnej starości pod względem wiedzy na temat zmian fizycznych i psychicznych podczas procesów starzenia i konsekwencji określonych zachowań. Stąd promocja właściwego stylu życia dotyczy przede wszystkich tych osób, które są w końcowym okresie aktywności zawodowej. No, i budowanie w nich pewnych umiejętności z zakresu realizacji prozdrowotnego stylu życia tak, żeby z największym kapitałem zdrowotnym wchodziły w okres poprodukcyjny.

Jak państwo również wiedzą, jesteśmy u progu sformułowania nowych celów kolejnej edycji Narodowego Programu Zdrowia. Bez wątpienia polityka senioralna i opieka geriatryczna, w tym profilaktyka zespołów otępiennych... Przepraszam, że mówię więcej o geriatrii niż o problemie zespołów otępiennych, ale jakoś postrzegam go kompleksowo jako całość działań w tym obszarze.

No, i trzeci element to rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb i możliwości osób starszych, w tym zapewnianie odpowiedniej opieki nad osobami o ograniczonej samodzielności przez rozwój usług opiekuńczych, opracowanie i wdrożenie systemu teleopieki, korzystanie z innowacyjnych technologii w ułatwieniu organizacji opieki dla osób starszych, stworzenie systemu wsparcia dla opiekunów nieformalnych, w szczególności na poziomie lokalnym. To są te elementy, przy których Minister Zdrowia postrzega swoją aktywność. Szczególnie właśnie, jeśli mówimy o systemie lokalnym, to tutaj istotne jest działanie wspierające osoby z problemem Alzheimera czy innych postaci zespołów otępiennych.

Warto wspomnieć o deklaracji, o której wczoraj mówił pan minister Arłukowicz, mianowicie o utworzeniu Instytutu Geriatrii, co znacznie wzmocni całość gerontologii klinicznej, a przede wszystkim opiekę nad chorymi z zespołami otępiennymi.

O jeszcze jednej rzeczy nie powiedziałem. Na prośbę konsultanta krajowego do spraw neurologii pani profesor Ryglewicz Ministerstwo Zdrowia pracuje nad utworzeniem uproszczonej ścieżki diagnostycznej w zakresie zaburzeń poznawczych. Mamy świadomość niewystarczającego wykorzystania dostępnych dzisiaj produktów finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie wczesnej i szybkiej diagnostyki zaburzeń poznawczych u pacjentów. Wydaje się, że usprawnienie tego modelu, a przede wszystkim stworzenie takiego produktu, który ułatwi dostęp do badań psychologicznych i szybkiej oceny pacjenta bez konieczności hospitalizacji, jest narzędziem niebywale potrzebnym w obliczu tej epidemii, z którą wszyscy się spotykamy. Proszę wybaczyć, że nie potrafię na tym etapie podać terminu, kiedy te prace się zakończą. Wynika to z faktu, że jesteśmy w szczególnym okresie, kiedy Parlament wraz z rządem przygotował i uchwalił przepisy nowelizujące system opieki zdrowotnej w naszym kraju. Mam tu na myśli pakiet kolejkowy i pakiet onkologiczny, których zadaniem jest przede wszystkim zwiększenie nakładów finansowych na opiekę ambulatoryjną a zmniejszenie w zakresie lecznictwa szpitalnego, czyli budowanie systemu bardziej przyjaznego pacjentowi. Tutaj jesteśmy na etapie wdrożenia tych rozwiązań prawnych. A zatem w miarę możliwości finansowania i rozwoju systemu te nowe produkty się będą pojawiały, ale bez wątpienia one są potrzebne. Jeśli pan przewodniczący pozwoli, na tym zakończę to wystąpienie, oddając się nadziei, że to będzie początek dyskusji wokół tego tematu. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję panu ministrowi za to wprowadzenie. Chciałbym również przypomnieć, że rok 2014 został ogłoszony Europejskim Rokiem Mózgu i warto rozmawiać także w tym kontekście o pewnej priorytetyzacji chorób wieku podeszłego związanych właśnie z mózgiem.

Jednak, jak powiedziałem na samym początku, to zagadnienie ma jakby dwa uwarunkowania. Z jednej strony jest aspekt medyczny, o którym jeszcze – mam nadzieję – będziemy dalej dyskutować. Liczę także na zabranie głosu przez naszych gości, konsultantów krajowych, wykładowców akademickich zajmujących się tym zagadnieniem. Ma to również aspekt społeczny, o którym nie należy zapominać, bo przede wszystkim to nie tylko opieka nad pacjentem, ale także konieczność budowania systemu wspierania opiekunów, właśnie poprzez tworzenie zintegrowanej opieki środowiskowej. Myślę tutaj o miejscach pobytu dziennego, ale także opiece długoterminowej, stacjonarnej. Cieszę się, że mamy tutaj przedstawiciela Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Pamiętajmy bowiem o tym, że bardzo często jest tak, że opieka nad osobą cierpiącą na choroby otępienne czy też chorobę Alzheimera powoduje *de facto* wyłączenie z rynku pracy i przejęcie tych wszystkich odpowiedzialności, które – w mojej opinii – w dużej mierze powinny należeć do państwa i do samorządu oraz całkowite skupienie się na 24-godzinnej, bardzo wyczerpującej opiece, która także powoduje w pewnym momencie różne efekty negatywne dla samego opiekuna. Mam nadzieję, że o tym pani profesor Barcikowska także wspomni w swoim wystąpieniu.

Chciałbym poprosić pana ministra Mleczkę o przedstawienie tych działań, które realizuje resort, jeśli chodzi o zagadnienie społecznych skutków chorób, o których rozmawiamy. Dziękuję bardzo.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej Radosław Mleczko:

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, przede wszystkim chciałbym bardzo serdecznie podziękować za zaproszenie, jak również przyłączyć się do podziękowań wyrażonych przez Ministra Zdrowia. A mianowicie dziękuję za zorganizowanie tego dzisiejszego posiedzenia i za działalność Komisji właśnie w takim formacie, umożliwiającym swobodną wymianę opinii i konfrontację niektórych poglądów, a przede wszystkim ułatwiającym nam możliwość zapoznania się z poglądami i opiniami wyrażanymi przez ekspertów zapraszanych przez państwa do udziału w pracach Komisji.

Chciałbym również podzielić w pełni opinię sformułowaną przez pana przewodniczącego we wstępie do dzisiejszego posiedzenia Komisji, a mianowicie opinię dotyczącą konieczności podjęcia interdyscyplinarnych działań, które związane są z działaniami zintegrowanymi. Dlatego nasza współpraca z MZ, ale też z innymi resortami jest tutaj absolutnie niezbędna. Wyrazem tej troski Ministra Pracy i Polityki Społecznej jest m. in. działalność Rady do spraw Polityki Senioralnej, a także departamentu utworzonego nie tak dawno w MPiPS, z którego dyrektorem panią Marzeną Brezą mają państwo niewątpliwie bardzo częsty kontakt. W związku z tym, że na wystąpienie pana przewodniczącego dotyczące społecznych kontekstów czy skutków związanych z chorobami, o których tutaj dzisiaj mówimy, minister Kosiniak-Kamysz udzielił już odpowiedzi pisemnej, chciałbym jednak prosić pana przewodniczącego, ponieważ nie do wszystkich państwa mogła ta odpowiedź dotrzeć, o wyrażenie zgody na to, żeby pani dyrektor Marzena Breza w kilku słowach jeszcze skomentowała to wystąpienie, uzupełniła je czy poszerzyła.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Proszę o głos panią dyrektor Marzenę Brezę.

Dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej MPiPS Marzena Breza:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panowie ministrowie, szanowni państwo, w naszej odpowiedzi rzeczywiście staraliśmy się wskazać, jakie działania realizuje MPiPS dla osób, które są zagrożone chorobami otępiennymi czy chorobą Alzheimera. Natomiast nie ma sensu chyba powtarzać tego, co daliśmy państwu w odpowiedzi.

Chcieliśmy jednak zwrócić uwagę na dwie sfery, które tak naprawdę są sferami praktycznymi. To programy, które realizuje już od kilku lat MPiPS i które niewątpliwie albo działają profilaktycznie, albo już konkretnie są skierowane do osób, które są objęte taką chorobą. Z jednej strony jest to program „Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi", który to program ministerstwo co roku ogłasza i w ramach tego programu udziela dotacji. Z drugiej strony jest pewnie szeroko państwu znany Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS). Pierwszy program jest dedykowany szczególnie tym osobom, które są objęte chorobą. Pozwala też na wsparcie rodzin, które wśród swoich członków mają osoby z chorobami otępiennymi. Program ASOS jest na pewno programem o charakterze profilaktycznym, a mianowicie takim, który pozwala na to, żeby integrować osoby – można powiedzieć – na przedpolu starości, czyli w okolicach 60 roku życia, tak aby wszelkie zjawiska, które powodują ogromne ryzyko wykluczenia społecznego i izolacji społecznej były albo zniwelowane, albo odłożone w czasie. W tym programie mamy jeden szczególny priorytet, który jest dedykowany usługom społecznym. W naszej nomenklaturze to są usługi społeczne i tzw. działania zewnętrzne. Są to działania, które pozwalają na wspieranie poprzez wolontariat rodzin, które mają do czynienia z osobami z takimi chorobami, czy to wśród członków swojej rodziny, czy to w sąsiedztwie. Pani profesor Barcikowska na pewno to może potwierdzić, bo jeden z projektów jest realizowany przez jedną ze znanych pani fundacji.

Druga sprawa. Odnosząc się bardziej do przedmowy pana przewodniczącego, jest kwestia ogromnych zapotrzebowań, które już w tej chwili obserwujemy i obserwować będziemy, dotyczących sfery i sektora usług opiekuńczych. Dana osoba, objęta lub zagrożona taką chorobą, funkcjonuje w określonym środowisku rodzinnym. Wiemy, jak to się przekłada na innych członków rodziny, m.in. na ich aktywność zawodową. Czyli cały czas mamy jakby przymierzanie się dwóch trudnych czynników – z jednej strony konieczności wydłużania aktywności zawodowej, z drugiej strony konieczności zapewnienia opieki członkom swojej rodziny. Tutaj chciałabym bardzo podkreślić, że w kolejnej perspektywie finansowej, która – mamy nadzieję – jeszcze w tym roku się rozpocznie, Europejski Fundusz Społeczny na lata 2014-2020 to uwzględnia. Na tym etapie możemy mówić tylko o liczbie około kilkudziesięciu milionów złotych, które będą dedykowane działaniom samego MPiPS w obszarze popularyzacji zawodów opiekuńczych. Ze względu na to, że mamy do czynienia z osobami w bardzo różnych przedziałach wieku powyżej 60 roku życia – aż do 85 lat i dalej – możemy mówić o pewnych grupach zawodów i grupach usług opiekuńczych, które będą potrzebne w tym okresie. One nie są jednorodne, tylko zróżnicowane ze względu na różną sytuację i kondycję psychofizyczną osób starszych.

Z tej strony, oczywiście, zapewnienie, że takie środki w kolejnych latach będą przeznaczone na to, żeby wspierać rodziny, w tym rodziny objęte chorobą czy takie, które dotyka choroba otępienna czy choroba Alzheimera.

Jeszcze jedna sprawa, na którą chcieliśmy zwrócić uwagę. Świadomość interdyscyplinarności tego problemu, jak już powiedział pan minister, została zauważona w długofalowej polityce senioralnej, której współautorem jest MZ. Tam ogromną część naszych rekomendacji w obszarze zdrowia i samodzielności poświęcamy kwestii przygotowania kadry medyczno-opiekuńczej do pracy z osobami starszymi. To wyzwanie tak naprawdę związane jest z ogromnie w tej chwili zwiększającą się liczbą osób starszych, głównie do 2030 r. Stąd też te działania będą miały charakter komplementarny. Spotkania w takiej formule jak posiedzenia Komisji są organizowane. Jest niezmiernie ważne, abyśmy przez kolejne lata – wtedy, kiedy będą wdrażane konkretne programy operacyjne – bazowali również na doświadczeniach eksperckich i praktycznych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję pani dyrektor Marzenie Brezie za uzupełnienie tego elementu społecznego. Jest to wprowadzenie do naszej dzisiejszej dyskusji. Teraz poprosimy panią profesor Marię Barcikowską-Kotowicz o prezentację.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego Maria Barcikowska-Kotowicz:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, bardzo dziękuję za zaproszenie. Tak się, niestety, stało, że nie czytałam tych materiałów. Nie otrzymałam materiałów. Wobec tego być może to, co będę mówiła, będzie jakby częściowo zrealizowane zanim to powiem. Będę mówiła o sytuacji otępiałych chorych w Polsce z punktu widzenia lekarza, no i trochę wieloletniego działacza stowarzyszenia opiekunów pacjentów z chorobą Alzheimera.

To jest mniej więcej tak, że u około 10% osób, które ukończyły 65 rok życia, rozwijają się różne choroby otępienne. Musimy sobie z tego zdawać sprawę, że bardzo szybko rośnie procent populacji, która ukończyła 65 rok życia. W tej chwili to jest 14%. W związku z tym musimy się spodziewać, że mamy w tej chwili 470 tys. chorych na chorobę Alzheimera. Jest to choroba jakby podwójna. Ona bardzo intensywnie wciąga opiekuna w swoje kręgi. O dziwo, według danych Alzheimer Europe, do których zajrzałam dzisiaj, jest tak, że Europa ocenia, że mamy 501 tys. takich pacjentów.

Przed chwilą wręcz ukazał się raport Organizacji Narodów Zjednoczonych, który ocenia sytuację ludzi starych na świecie. Oceniano 91 krajów. Polska globalnie jest na 62 miejscu. Natomiast jeśli chodzi o ofertę służby zdrowia dla ludzi starych, to jest 87 miejsce na 91 krajów. Już nawet nie będę mówić, jakie państwa nas wyprzedzają, bo może byłoby to obraźliwe w jakimś sensie dla tych państw. Uważa się, że 60-letni pacjent będzie żył jeszcze 21 lat w Polsce – w zdrowiu 16,2. Wśród polskich starych ludzi dobra ocena dobrostanu psychicznego to 60,4%.

To są bardzo dawne dane statystyczne. One dotyczą 2004 r. Mamy tu akurat dosyć dobrą pozycję, przed innymi krajami dawnych demoludów. W tej chwili sytuacja się zmieniła. Jednak pokazuję to dlatego, że – oczywiście – utopią jest wierzyć, że 100% pacjentów z otępieniem będzie rozpoznanych. Przy najlepszym układzie w tej chwili to jest 50%. Szwecja obecnie przoduje. U nas to było 16% wtedy. A teraz jest jeszcze mniej.

Przyczyny otępienia są pierwotne i wtórne. Pierwotne to są choroby zwyrodnieniowe mózgu. Wtórne są naczyniopochodne. To jest najczęstszy problem. Choroba Alzheimera dotyka około 60% osób, otępienie miażdżycowe naczyniopochodne – 17%. Musimy mieć świadomość, że w chorobie Alzheimera jest jeszcze minimum 25% przypadków, w których są zarówno zmiany o typie degeneracji alzheimerowskiej, jak i współwystępujące zmiany miażdżycowe. Nigdzie nie jest powiedziane, że można mieć tylko jedną chorobę. Tak wyglądają złogi beta ameloidów. Wszystko to, co jest brązowe, to jest taki klej, który odkłada się w naszym mózgu. Zwracam uwagę na to, że poza tym, że on tkwi w naszym mózgu, odkłada się również w naczyniach mózgowych. Kończy się to tym, że obumierają całe połacie komórek nerwowych, przede wszystkim w obszarach odpowiadających za pamięć i to dzieje się zarówno w mechanizmie niedokrwienia miażdżycowego, jak i w odkładaniu się beta amyloidów. To powoduje, że chory ma zaburzenia pamięci. A czę-

sto choroba się zaczyna od zaburzeń zachowania, które dla rodziny są nawet jeszcze bardziej przykre.

W Polsce według danych Alzheimer Europe, powtórzonych w tym roku, od momentu pierwszych objawów do momentu zanim pacjent dotrze do konsultanta mijają 23 miesiące. Według mojego doświadczenia trwa to dłużej. Idealny schemat różnicowania otępień w praktyce to jest schemat multidyscyplinarny. Podkreślali to panowie ministrowie, jeden i drugi, przede mną. Jak mówię, nie widziałam tego materiału. Chciałam jeszcze raz zwrócić na to uwagę. To jest taka choroba, która jest w różnych projekcjach multidyscyplinarna, także z medycznego punktu widzenia. To lekarz pierwszego kontaktu, lekarz rodzinny musi rozpocząć całą diagnostykę, czyli powinien znać na tyle pacjenta, żeby zrozumieć, że coś się z nim dzieje. Potem chory musi być konsultowany przez neurologa lub psychiatrę. Powinien być oceniany z punktu widzenia internistycznego przez geriatrę. Bardzo nam, neurologom, brak tego, że z geriatrami praktycznie pracować nie możemy, bo jest ich tak straszliwie mało. A potem, jak stawiamy rozpoznanie, to ten pacjent i tak trafia do lekarza pierwszego kontaktu. Wczesne postaci otępienia muszą być rozpoznane również we współpracy z psychologiem. Jest to konstrukt, który – jak pan minister przed chwilą powiedział, czym ogromnie mnie ucieszył – jest brany pod uwagę.

W tej chwili NFZ absolutnie nie zakłada możliwości interdyscyplinarności w tym zagadnieniu. Wiadomo, że lekarz pierwszego kontaktu musi wykluczyć wszystkie inne przyczyny. W tych przyczynach są również guzy i krwiaki. Ponieważ lekarz pierwszego kontaktu nie ma prawa wykonać tomografii komputerowej, a kolejki do specjalistów mogą wynosić dobrych kilka miesięcy, pacjenci z guzami czekają te kilka miesięcy, żeby mieć wykonane badanie tomografii komputerowej. Są dwa banalne testy, które na świecie też z ogromnymi trudnościami wdraża się do lekarzy pierwszego kontaktu. U nas nie robią ich nawet wszyscy neurolodzy czy psychiatrzy.

Od 2008 r. otępienie zostało uznane przez Parlament Europejski za absolutnie priorytetowe zadanie dla służb zdrowia, służb opiekuńczych i gospodarek świata. Również kraje grupy G8 potraktowały to jeszcze jako zadanie priorytetowe. W 2006 r. Polskie Towarzystwo Alzheimerowskie, czyli stowarzyszenie obejmujące swoim zasięgiem opiekunów – myśmy jako lekarze uczestniczyli w założeniu tego stowarzyszenia, ale teraz jest to zupełnie samodzielny twór i tylko służymy czasami radą – po raz pierwszy zgłosiło konieczność stworzenia takiego planu alzheimerowskiego w Polsce. My po wielu latach jako naukowcy i lekarze zaproponowaliśmy również podobny plan, obejmujący też badania naukowe w tej dziedzinie, Ministerstwu Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Generalnie rzecz biorąc, mamy w tej chwili do czynienia z następującymi dwoma procesami. Pacjenci z chorobą Alzheimera są bardzo rzadko rozpoznawani na poziomie lekarza pierwszego kontaktu a do specjalisty trafia 15% chorych, czyli jakbyśmy mieli jeszcze mniej niż w 2004 r., już nie mówiąc o jakimkolwiek postępie. Jest to choroba neurozwyrodnieniowa. Polega na organicznym uszkodzeniu mózgu. Zazwyczaj zajmują się nią neurolodzy, geriatrzy i psychiatrzy. Psychiatrzy w 50% mniej więcej, ponieważ tylko 50% pacjentów ma zaburzenia psychiczne. Zresztą pokażę, że nie robią tego zbyt chętnie. Organizacja leczenia i opieki nad chorym otępiałym jest również multidyscyplinarna. Bardzo się cieszę, słysząc to, co przed chwilą usłyszałam, że jest wreszcie zrozumienie dla tego, że bez współpracy MZ i MPiPS w żaden sposób nie zapewnimy naszym pacjentom pomocy.

To jest taka szczególna, nie do końca jeszcze zaabsorbowana przez stosunki medyczne sytuacja, że lekarz musi dla dobra swojego pacjenta opiekować się jego opiekunem. Stąd działamy na różnych frontach. Trwa to już bardzo długo. Jest oczywiste, że im zdrowszy, bardziej wyedukowany, pewny siebie opiekun, tym pacjent dłużej pozostaje w domu a później trafia do domu opieki, co – jak wiadomo – jest w naszym kraju bardzo dużym problemem. Cieszę się ogromnie z tego, co usłyszałam, że MZ, jak również MPiPS bierze pod uwagę wsparcie organizacji pozarządowych. Sytuacja pozarządowej organizacji opiekunów pacjentów z chorobą Alzheimera jest dramatyczna. Utrzymuje się wyłącznie z 1%. Od 2006 r. nie jest subsydiowana w żaden sposób przez ministerstwo. Płaci za lokal. Płaci za ogólnokrajowy telefon zaufania. Oczywiście, wiem, że się mówi o tym, że to trzeci filar powinien wesprzeć, tylko my jeszcze w naszym kraju nie mamy trze-

ciego filara. To jest taki problem – dyskretny a jednak istotny. Mówi się: „Proszę bardzo. Proszę zdobywać granty. Co za problem? Są różne". Tylko tam trzeba mieć wkład własny, którego taka organizacja, dotycząca najbiedniejszych ludzi, nie może po prostu mieć.

Zapoznałam się z zapytaniami, interpelacjami i oświadczeniami poselskimi, bo byłam ciekawa, jak to wygląda, więc wiem, jak to było np. w interpelacji z 2011 r. Ich jest tam chyba 11. Głównie dotyczą leków, o których nie będę w tej chwili mówiła. Jak będą państwo zainteresowani, to będę. Krótko mówiąc, w 2011 r. interpelacja pytająca o stan tej opieki została skierowana do Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015, gdzie jest potraktowana absolutnie marginalnie – jedno słowo bez żadnych rozwinięć, jak również do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, o którym wszyscy obecni tu na sali – jak sądzę – wiemy, że ma sporo zalet, tylko nie działa. Sytuacja chorych na chorobę Alzheimera po raz pierwszy zaczęła być naświetlona tak odważnie i wyraźnie dzięki Rzecznikowi Praw Obywatelskich. Naprawdę po 25 latach pracy z moimi pacjentami po raz pierwszy odczuwam tak ogromną wdzięczność za wsparcie. To po raz pierwszy wreszcie zostało wyartykułowane dzięki instytucji RPO.

W roku 2004 padła odpowiedź podsekretarza stanu na zapytanie w sprawie problematyki leczenia choroby Alzheimera w Polsce, w której – jak zwykle – podnosi się, że powinni to robić psychiatrzy i geriatrzy. Psychiatrów jest bardzo dużo – 3,9 tys., neurologów – 4,2 tys. i większość pracuje w zawodzie. Oczywiście, my wszyscy jesteśmy gotowi. Przy całej mojej ogromnej sympatii i szacunku dla geriatrów, z największą przyjemnością – jak już mówiłam – bym z nimi pracowała, gdyby tylko byli. To jest bardzo ważny argument. Rozumiem, że to również szybko się zmieści i zmieni. Druga część dotyczyła odpowiedzi na temat niesprawności.

Ostatnia odpowiedź, bardzo ciekawa, na oświadczenie Ryszarda Knosali, który jest senatorem. Z tej odpowiedzi wynika mniej więcej znowu to samo. Duża część tej odpowiedzi jest poświęcona aktywizacji ludzi starych. Niestety, ta część do naszych pacjentów nie może pasować. Tu są statystyki. One są bardzo niewyraźne, ale z tego wynika, że jest lepiej trochę, bo jest mniej wizyt i konsultacji. To wynika z danych NFZ. Było np. tylko 30 hospitalizacji na oddziałach psychiatrycznych, 30 tys. konsultacji na oddziałach specjalistycznych, bo te, które są w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), oczywiście, służą tylko przekazaniu do specjalisty lub kontynuacji tego, co robią specjaliści, a więc na 500 tys. osób mieliśmy 30 tys. wizyt.

Jest jeszcze taki problem, że – rzeczywiście, również o tym mówił pan minister – patogeneza choroby Alzheimera wykazuje bardzo istotną zależność od czynników naczyniopochodnych i to jest coś, na co możemy wpływać. Niestety, nie są to tzw. młodzi starzy. To trzeba zaczynać od 40 roku życia. Leczenie naczyniopochodne nadciśnienia, cukrzycy, zaburzeń rytmu serca. Utrzymywanie aktywności intelektualnej tutaj w plan bardzo pięknie się wpisuje. I aktywność fizyczna oraz właściwa dieta. Czynniki ryzyka dzielą się bowiem na takie, na które mamy wpływ i takie, na które wpływu nie mamy. Wszystkie czerwone to są te, które możemy modyfikować. W Europie się to dzieje w sposób systematyczny. Jest wiele takich programów. Zaraz kończę.

Badania epidemiologiczne wykazują, że liczba chorych na chorobę Alzheimera spada, proszę państwa. Spada w Szwecji, w Anglii, w Niemczech i w Stanach Zjednoczonych. Natomiast ta sama praca Price'a z 2014 r. mówi o tym, że będzie bardzo gwałtowny wzrost przypadków w krajach o średnim i niskim dochodzie narodowym, do których to krajów należymy.

W nowym programie Instytutu Ochrony Zdrowia na temat otępienia nie ma nic poza wymienieniem. Alzheimer Europe pokazuje, że w naszym kraju nie ma żadnego politycznego zainteresowania otępieniem. Cieszę się, że – jak wysłuchałam dwóch referatów – wszystko to się zmienia. I tu jest ostatni slajd, który chciałam pokazać. Proszę od 2007 r. o stworzenie multidyscyplinarnych jednostek zajmujących się chorobą Alzheimera. Chciałam zwrócić na to uwagę, że można to zrobić w ramach tych samych pieniędzy. Zamiast czterech kupek trzeba podzielić na pięć. Dziękuję bardzo. To wszystko.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo serdecznie dziękuję pani profesor za ten cenny referat, który jest idealnym momentem do otwarcia dyskusji wszystkich państwa, różnych interesariuszy, którzy się dzisiaj zgromadzili na posiedzeniu Komisji. W tym momencie otwieram dyskusję. Bardzo proszę o przedstawienie się i zabranie głosu. Rozpocznie wiceprzewodnicząca Komisji pani profesor Józefa Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panowie ministrowie, szanowni państwo, chciałam podkreślić wagę i znaczenie tego posiedzenia Komisji, dlatego że wysłuchaliśmy tutaj fragmentów diagnozy sytuacji. Jest ona bardzo niepełna. Oczywiście, nie kieruję tutaj swoich uwag pod adresem tego, co mamy w publikacji RPO. Jestem za nią głęboko wdzięczna, że w ogóle pojawiła się i że ktoś ten problem stara się zgłębić. Natomiast, niestety, wyszedł pan minister Radziewicz-Winnicki. Chciałam do niego przemówić. Niestety, ten problem nie znajduje się w żadnym z programów MZ. Nie jest on w ogóle przedmiotem debaty, którą by się odbywała. Wydaje mi się, że to jest główny powód tego, że mamy takie rozbieżności choćby w informacjach.

Pani profesor, której bardzo dziękuję za ten ciekawy referat, mówi, że jest 470 tys. chorych. Ministerstwo pisze, że jest 200 tys. Informacje Unii Europejskiej mówią, że to jest 501 tys. Jednak ile naprawdę tych chorych jest? Jak oni są diagnozowani? W jakiej fazie choroby? Kiedy docierają? Dzisiaj dowiaduję się tutaj, że lekarz pierwszego kontaktu nie tylko nie diagnozuje chorób nowotworowych, czym już bardzo się naraziłam lekarzom pierwszego kontaktu w Komisji Zdrowia, w której pracuję. Okazuje się, że tych chorób neurodegeneracyjnych, które się pojawiają, także lekarz nie jest w stanie diagnozować. Wobec tego właściwie możemy powiedzieć tak. To, co wiemy, to są badania amatorów, którzy są opiekunami i mają wielką wiedzę o tym, jak opiekować się osobą chorą na chorobę Alzheimera oraz niewielkiej grupy lekarzy specjalistów skupionych wokół pani profesor Barcikowskiej i w Polskim Towarzystwie Alzheimerowskim.

Jeżeli chcielibyśmy podjąć jakieś działania, to po pierwsze, musimy dowiedzieć się, ile tych osób jest, gdzie te osoby są, prawda? Jaka jest ich obecna sytuacja? Jakie są prognozy w tym zakresie? To bardzo interesujące, co mówi pani profesor, że są prognozy, z których wynika, że będzie tych osób mniej. Trzy lata temu zwiedzałam domy pomocy społecznej w Republice Federalnej Niemiec. To, z czym tam mają największy problem, to otępienie i choroba Alzheimera. To jest najtrudniejsza sprawa, z którą sobie Niemcy muszą radzić. Mają na dobrym poziomie rozwiniętą przecież opiekę medyczną we wszystkich dziedzinach i ustabilizowany od 1883 r. system, według tych samych zasad bardzo systematycznie doskonalony. Niemcy nie radzą sobie z tym problemem.

Czy my radzimy sobie z tym problemem? Na to pytanie odpowiada chyba materiał, który dostarczył nam Minister Pracy i Polityki Społecznej. Z tego materiału dowiadujemy się, co robi pomoc społeczna. No, z całym szacunkiem dla pomocy społecznej, bo wykształciłam w mojej karierze zawodowej bardzo wielu wybitnych specjalistów od pomocy społecznej, ale nigdy nie domyślałam się, że oni będą się zajmowali osobami w takim stanie, który wymaga po prostu dostarczenia bardzo specjalistycznej usługi i to usługi multidyscyplinarnej. To nie jest usługa, którą zapewni pomocnik, który przyjdzie na dwie godziny do domu. My nie zdajemy sobie sprawy z tego dzisiaj jeszcze, ile tych osób jest, ale i nie wiemy, jakie są koszty opieki. Jeżeli dzisiaj w szpitalu w Warszawie wynajęcie pielęgniarki na 8 godzin dla osoby po operacji kosztuje 300 złotych, to znaczy, że jeśli chciałabym wynająć opiekę dla takiej osoby, to wszystkie dochody, jakie jestem w stanie uzyskać i oszczędności wystarczą mi naprawdę na kilka tygodni, przy stosunkowo wysokich dochodach. Dlatego też nie wiemy ile i nie wiemy, ile to ma kosztować.

Pani dyrektor mówi nam tu, że wydają 3 mln złotych, ale głównie na osoby chore psychicznie. Tych w Polsce jest blisko 1,5 mln. To statystyka Głównego Urzędu Statystycznego. Jeśli to są 3 mln złotych, to po 2 złote na osobę, tak? Gdybyśmy to zaczęli liczyć, to właściwie nie wiemy, ile tych osób jest i ile jest pieniędzy. Nie wiemy, jaki charakter mają mieć kwalifikacje ci, którzy mają się opiekować chorymi, jak mają się opiekować. Znam ten problem z własnego doświadczenia. Kto ma wspomagać te osoby, które się

opiekują? Jak zorganizować w ogóle cały system opieki? Jak zorganizować opiekę wtedy, kiedy opieka domowa jest niewystarczająca? W zaawansowanej chorobie Alzheimera opieka domowa, proszę państwa, nie wystarcza. Musi pojawić się sieć ośrodków. Być może ta sieć ośrodków jest konieczna do tego, żeby człowiek dla własnego bezpieczeństwa przebywał tam 24 godziny. A pani dyrektor mówi nam tutaj o programie aktywizacji społecznej. Pani dyrektor, czy pani widziała osobę chorą na chorobę Alzheimera w zaawansowanej fazie, kiedy pani nie może jej zostawić na 15 minut po prostu samej? Musi pani mieć ją pod stałą opieką.

Jeżeli my jesteśmy na tym poziomie znajomości zagadnienia, to właściwie dzisiaj możemy się tylko wymienić naszymi doświadczeniami. Jeśli ktoś w rodzinie naszej został dotknięty taką chorobą degeneracyjną mózgu, to właściwie jesteśmy skazani sami na siebie i na pomoc własnej rodziny bliższej lub dalszej. Choć z tym także jest bardzo źle, ponieważ ta bliższa i dalsza rodzina chętnie się wyłącza. Nawet chętnie będzie uczestniczyła niekiedy finansowo, jeśli może, ale wyłączy się dlatego, że to jest niezwykle trudna i ciężka praca. Znam takie prace i takie podliczenia, kiedy do opieki nad jedną osobą chorą potrzebne są cztery osoby zdrowe, żeby zapewnić dobrą opiekę. A pani nam mówi, że będziemy tak organizować usługi, żeby po prostu ta osoba, która się opiekuje chorym, mogła jeszcze iść do pracy zawodowej. Pani dyrektor, jak to sobie pani wyobraża?

Powiem szczerze, że oczekiwałam od państwa, że powiecie, jaki macie... Od pana ministra Winnickiego także. Spotkam go o godzinie 13.00 na posiedzeniu Komisji Zdrowia, więc powtórzę mu to. Oczekiwałam, że państwo przedstawią program, że powiedzą: „Mamy to, to i to do zrobienia. Będziemy to robili w takim, takim i takim trybie. Taki jest harmonogram przygotowania pomiaru, diagnozy, policzenia pieniędzy, jakich potrzeba, rozeznania, gdzie ci ludzie są, w jakich znajdują się warunkach”. Wdrożenie badań – nie tylko badań medycznych, które są dzisiaj bardzo potrzebne, bo one są naprawdę szczątkowe, ale także badań społecznych pokazujących całe tło społeczne tego zagadnienia. Myślałam, że dowiemy się, że pani podejmie kształcenie kadr. Słyszałam 3-4 lata temu, że z takim programem do Wrocławia przyjechała grupa lekarzy niemieckich, którzy bardzo zachęcali do tego, żebyśmy tam, przy granicy kształcili dla nich takich opiekunów dla osób cierpiących właśnie na chorobę Alzheimera i na demencję. To się nie udało, dlatego że to jest za ciężka praca i ta praca musi być bardzo szeroko wspierana przez instytucje. Myślałam, że będziecie zmieniać prawo, że będziecie powoływali jakieś instytucje, że będzie to po prostu program rządu.

To nie może być program trzeciego filara, jak mówi tutaj pani profesor, bo jego nie ma w tej sprawie. I on się w tej sprawie nie pojawi, bo żeby pojawił się trzeci sektor, trzeci filar, to pani dobrze wie, że muszą być interesariusze. A interesariusze w tej sprawie to są ci, którzy się opiekują i którzy nie mają często czasu sami nawet zrobić niczego wokół siebie. To są lekarze, którzy badają, którzy rozumieją to zagadnienie. Innych interesariuszy nie ma po prostu. Inni nie istnieją, bo każdy chętnie odsunie ten problem od siebie. Jak bardzo on narasta, to możemy zdawać sobie sprawę, dlatego że życie się wydłuż i dotyczy to przede wszystkim ludzi w ostatniej grupie wieku.

Teraz, jeżeli mówimy o tym programie, to jest to program specjalny, o którym trzeba rozmawiać jako o programie dla osób niesamodzielnych, bo one są w całości niesamodzielne. To nie jest program dla ludzi starych, bo widziałam osoby z chorobą Alzheimera w wieku 50 lat, czterdziestu paru, 60 lat, więc musimy do tego podejść jakby kompleksowo, systemowo. Pani dyrektor, panie ministrze, taki program był stworzony wtedy, kiedy ministrem był pan profesor Religa. Ten program jest i nie uciekajcie od tego programu. Uciekacie od tego programu, bo tam są wskazane pieniądze, ale bez pieniędzy tego się nie rozwiąże. Bardzo dziękuję wszystkim, którzy przyczynili się do przygotowania dzisiejszego posiedzenia, szczególnie panu przewodniczącemu i pani profesor Barcikowskiej, ale myślę, że my powinniśmy po prostu tutaj zastanawiać się i naciskać na rząd, aby taki program dla ludzi niesamodzielnych, szczególnie dla ludzi z chorobami neurodegeneracyjnymi, był stworzony i żeby był to program multidyscyplinarny, dlatego że on obejmuje bardzo wiele dziedzin i sfer działania. I wreszcie z tym problemem trzeba wyjść także do opinii publicznej. To nie może być prywatny problem tylko tych rodzin i tych osób, które zostały dotknięte tą chorobą.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję bardzo pani wiceprzewodniczącej. Szanowni państwo, może dwa słowa komentarza. Po pierwsze, gdyby było idealnie, to by nas tutaj nie było. Zajmowalibyśmy się innymi tematami i mamy tego pełną świadomość. Także raport RPO pokazuje, że są liczne obszary, w których po prostu brakuje współpracy, ale także brakuje pewnych rozwiązań, nad którymi chcielibyśmy wspólnie pracować. To, że dzisiaj spotkaliśmy się w takim gronie – i rządu, i Parlamentu, i świata medycyny, i samorządu oraz organizacji pozarządowych, które od wielu, wielu lat w sposób heroiczny wspierają się i wspierają swoich bliskich, którzy są, niestety, chorzy – to jest ten moment, w którym warto rozmawiać.

Stąd, oczywiście, także w Polsce takie miejsca, o których mówiła pani profesor. W zeszłym roku 21 września byłem w Centrum Alzheimera w Warszawie, który jest po prostu ośrodkiem XXI wieku. Jest tutaj z nami pan dyrektor Gnioska. Jedyny problem jest taki, że tego typu obiektów, tego typu miejsc opieki stacjonarnej albo opieki dziennej jest bardzo mało w naszym kraju. To są takie perełki, które powinny być tak naprawdę w każdej warszawskiej dzielnicy być może nawet, przynajmniej jeśli chodzi o świetlice pobytu dziennego. Jednak jak patrzymy na Polskę, to jest mało samorządów, które zdają sobie sprawę z tego, że są grupy mieszkańców, które potrzebują wsparcia właśnie w postaci tego typu profesjonalnych, nowoczesnych, spełniających kryteria XXI wieku domów pomocy społecznej, ale także świetlic środowiskowych. O tym także warto rozmawiać. Zachęcam do kolejnych głosów. Bardzo proszę, pani Barbara Imiołczyk z Biura Rzecznika Praw Obywatelskich.

Główny koordynator komisji ekspertów i rad społecznych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich Barbara Imiołczyk:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, także serdecznie dziękuję za poświęcenie posiedzenia Komisji temu tematowi. Chciałabym podkreślić też to, o czym mówiła pani profesor Barcikowska i o czym mówili państwo, czyli konieczność działań interdyscyplinarnych i multidyscyplinarnych. Jednak do tego należy dołożyć również to, że w tych działaniach jest miejsce dla bardzo wielu instytucji – dla rządu, dla MZ, dla MPiPS, ale i dla samorządów, jak też dla organizacji społecznych.

Przy okazji chciałam się nie zgodzić z panią przewodniczącą Hrynkiewicz, chociaż bardzo panią szanuję i zgadzam się z całą wypowiedzią, z wyjątkiem jednej. Mianowicie jednak jest trzeci sektor obecny, również interesujący się tym zagadnieniem. Powiem szczerze, że dla nas, dla RPO Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera i Polskie Towarzystwo Alzheimerowskie to były właśnie te organizacje, które były partnerami w podjęciu tematu. Oczywiście, nie można zrzucić całego ciężaru działań na organizacje społeczne, ale jeśli coś w tej dziedzinie się dzieje, to właśnie dzieje się to dzięki organizacjom społecznym. Może to jest za duże słowo, ale jednak go użyję. Dzieje się tak dzięki heroicznemu wysiłkowi ludzi w różnych miejscach Polski, którzy nie mając wsparcia i często pieniędzy, działając w bardzo różnych i trudnych warunkach, jednak starają się tworzyć wsparcie dla rodzin i dla chorych oraz budować system. To właśnie w tamtym środowisku narodził się pomysł utworzenia Polskiego Programu Alzheimerowskiego, tak? Zawiązała się koalicja na rzecz pomocy chorym i ich opiekunom.

To jest, natomiast rzeczywiście wymaga w tej chwili systemowych zmian, które powinny zacząć się w rządzie, w MZ. Mam nadzieję, że pan przewodniczący przekaże też panu ministrowi zdrowia uwagi, które tutaj będą zgłaszane, bo jeżeli Minister Zdrowia ich nie usłyszy i do nich się nie odniesie, to cała nasza dyskusja będzie przynajmniej częściowo jałowa. Pan minister mówił o powołaniu zespołu. Wiem, że w 2008 r. został powołany poprzedni zespół do spraw gerontologii. Również osoby obecne na tej sali były członkami zespołu. Świetnie, że powołujemy zespoły. Mam tylko wielką prośbę, żeby efekty prac tych zespołów były poważnie brane pod uwagę i wcielane w życie, bo jeśli nie, to jest to tylko kwestia odsuwania w czasie podjęcia decyzji, które powinny zostać podjęte już dawno, dawno temu, żeby ich efekty mogły być dziś widoczne.

Jeśli chodzi o wsparcie osób chorych na choroby otępienne i dla ich rodzin, to myślę, że w programie warto jest zwrócić uwagę na różne etapy występowania tych chorób, jak też na różne wsparcie potrzebne na różnych etapach. Czym innym bowiem jest sytuacja

bardzo zaawansowanej choroby, kiedy właściwie – tak jak mówiła pani przewodnicząca – osoby bliskiej czy chorego nie można zostawić samego na 15 minut, ale czym innym jest sytuacja, gdyby udało nam się w miarę wcześnie, na wczesnym etapie wychwycić objawy, zdiagnozować. Tutaj, na tym etapie potrzebna jest przede wszystkim bardzo szeroka informacja o tych objawach. To nie tylko kształcenie lekarzy, ale myślę, że cały ruch społeczny. Cieszę się bardzo również z obecności tutaj uniwersytetów trzeciego wieku.

Przecież my wszyscy powinniśmy wiedzieć, jakie są pierwsze objawy, że to nie jest złośliwość mamy czy babci, która nagle staje się innym człowiekiem. Ona nie chce nam zrobić na złość a to często w rodzinie tak jest odbierane, że nagle staje się jakaś wyjątkowo wredna i chce nam dokuczyć, tak? To może być pierwszy objaw choroby. Powinniśmy sami u siebie umieć zdiagnozować pewne niebezpieczne symptomy, tak? One mogą być symptomami choroby albo może nie. Chodzi jednak o to, żebyśmy wiedzieli, na co w ogóle mamy zwracać uwagę. To jest pierwsza rzecz – bardzo szeroka informacja. To również informacja o tym, gdzie można uzyskać poradę. Miejsc, gdzie można w tej chwili uzyskać poradę, jest naprawdę niewiele w Polsce i tworzą je przede wszystkim organizacje społeczne.

Drugi etap jest taki, kiedy można spowolnić etapy choroby. Tutaj potrzebne są właśnie takie programy, które pozwolą utrzymać chorego w jak najlepszym stanie przez długi czas. Takie ośrodki już w tej chwili istnieją, chociaż istnieją w bardzo niewielu miejscach. Ostatnio zwiedzałam takie centrum w Gdyni – dzienny ośrodek, gdzie po prostu osoby ze zdiagnozowanymi chorobami otępiennymi przychodzą po to, żeby ćwiczyć fizycznie, ale również mentalnie. W te działania również się wpisują uniwersytety, ale to tak naprawdę jest zadanie dla specjalistów, którzy wiedzą, w jaki sposób ćwiczyć, jak zajmować tych ludzi, jak budować im dzień. Wtedy również taka osoba, po pierwsze, może jak najdłużej być w miarę dobrym stanie. Spowolnić można postępowanie choroby, ale też dać oddech rodzinie przez to, że chory jest od godziny 8.00 do 17.00 w takim ośrodku.

To jest ogromne zadanie dla samorządów. Wsparcie w środowisku lokalnym dla rodzin osób potrzebujących – nie tylko tych, ale ich będzie przybywać – jest szalenie ważne. To jest naprawdę zadanie dla samorządów, jak również zadanie dla powiatów, ale one muszą też wiedzieć, że taka jest wola rządu, że w tym kierunku będziemy działać, że na to będą przeznaczone przede wszystkim pieniądze europejskie w następnym okresie programowania, tak? Instytucje typu domy pomocy społecznej, zakłady opiekuńczo-lecznicze czy szpitalne psychiatryczne nie załatwią wszystkich problemów. One powinny być tylko jednym z elementów systemu, ale wsparcie środowiskowe, aktywizacyjne, medyczne, również wsparcie w zakresie mieszkaniowym, co dla wielu osób jest bardzo ważne, też jest potrzebne. To powinien być rzeczywiście cały system, wpisujący możliwość działania jakby dla każdego z nas, żebyśmy się mogli w tym systemie odnaleźć.

Jeszcze raz tutaj, na forum Komisji, chciałabym serdecznie podziękować organizacjom i ekspertom, którzy z nami współpracowali i na których współpracę dalej – mam nadzieję – możemy liczyć. Powiem, że nakład tego raportu, który wydaliśmy, został już wyczerpany. Przyniosłam dzisiaj 30 sztuk, bo tyle nam zostało. Jednak obiecuję państwu, bo już wystąpiłam o dodruk, że będą kolejne egzemplarze. Raport jest obecny też cały czas na stronie BRPO, więc zapraszam serdecznie i do korzystania z tego, i do kontaktu z nami, jeżeli państwo czegoś od nas potrzebują. Dziękuję serdecznie, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję pani Barbarze Imiołczyk za ten ważny głos. Chciałem też zapewnić, że wszystkie istotne głosy, które dzisiaj padną, zostaną przekazane panu ministrowi Arłukowiczowi, a także panu ministrowi Kosiniakowi-Kamyszowi w podsumowaniu dzisiejszego spotkania. Bardzo proszę, kolejny głos. Proszę o przedstawienie się.

Członek zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera Mirosława Wojciechowska-Szepczyńska:

Dzień dobry państwu. Mirosława Wojciechowska-Szepczyńska, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera. Chciałam na początku podziękować panu przewodniczącemu za zaproszenie. To jest niezwykła sprawa, że uczestniczymy w posiedze-

niu, bo przyznam, że rzadko to się zdarza, żebyśmy w takich posiedzeniach uczestniczyli i mogli dyskutować. Chciałam też podziękować pani z BRPO za dobre słowa i uznanie dla tego, co robią organizacje alzheimerowskie w Polsce, a jest nas ponad 30. Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera jest koordynatorem całego ruchu. Wiem, że na sali są przedstawiciele organizacji z innych miast.

Wrócę na chwilę do statystyki, bo tu były wątpliwości pani przewodniczącej. Otóż pani profesor mówiła o tych różnych liczbach a 501 tys. dotyczyło wszystkich chorych z różnymi rodzajami otępień. Alzheimer Europe – i to nie są badania nieprofesjonalne – szacuje, że w Polsce na chorobę Alzheimera choruje 300 tys. osób. Problem jest taki, jak ich diagnozować, prawda? Pani profesor wspominała o trudnościach w rozpoznaniu. Jest tylko 15% chorych, którzy mają diagnozę i mogą się leczyć. To bardzo nas niepokoi.

W stowarzyszeniu działam od 22 lat. Mam wrażenie, że jest gorzej niż było, chociaż oczywiście, idea powołania Komisji do spraw Polityki Senioralnej to wreszcie jakiś promyk nadziei. Było lepiej, kiedy choroba Alzheimera była taką sensacyjną informacją. Byliśmy w mediach. Pamiętam te lata. Myśmy powstali w 1992 r. Powiedzmy, że w latach 1996-1998 dużo się mówiło i to, co stowarzyszenie i inne organizacje alzhemerowskie na pewno mają na swoim koncie – tu się powtarzać będę – to edukacja i informacja. To robimy dobrze, chociaż nie mamy na to pieniędzy. Jednak istniejemy i jesteśmy tymi punktami informacyjnymi. Do nas co roku zgłasza się około 1 tys. osób. Tyle przychodzi do nas, do stowarzyszenia – siedziba mieści się w centrum Warszawie przy ulicy Emilii Plater – albo telefonuje. Mamy ogólnopolski telefon zaufania. To na pewno idzie. Jestem przekonana, że część z państwa dowiedziała się o chorobie Alzheimera dzięki nam, dzięki obecności w mediach, dzięki różnym sztuczkom, np. takim, że w popularnym, chociaż może już nie tak lubianym jak dawniej, serialu „Klan" wprowadziliśmy wątek alzheimerowski. To się przebiło, ale to nie wystarczy, proszę państwa.

Potrzeby chorych i ich opiekunów są ogromne. Tu nie chodzi tylko o finanse. Tu chodzi o uznanie ich roli i potrzeb społecznych. To są grupy izolowane. One nie wychodzą z domu, bo nie mają co zrobić ze swoimi bliskimi. Jest kryterium dochodowości. Kto może czerpać tę pomoc, jeśli przeszkadza to kryterium dochodowości? Jeśli jest kilkaset złotych na tego członka rodziny, prawda? Zapewnia ewentualnie pomoc. Jeśli nie, płać sto procent, szukaj na własną rękę, szukaj przyjaciół. Proszę państwa, świat się zmienia. Teraz proszę sobie wyobrazić, że 65-letni chory to jest osoba urodzona po wojnie. Z młodymi ludźmi pracującymi, swoimi dziećmi, prawda? Bo to albo współmałżonek jest tym opiekunem, albo dorosłe dzieci. No, przecież gdybym ja zachorowała teraz. Mam 62 lata. Jeszcze pracuję, jestem aktywna zawodowo. Mogę pracować i będę pracować jak najdłużej. Jednak się obawiam o to, co się stanie ze mną. Kto się mną zaopiekuje? Mamy w Warszawie, oczywiście, Centrum Alzhaimera, które zostało tu wspomniane, ale takim pierwszym, fantastycznym rozwiązaniem, które należy powielić – nie wiem, kto ma się tym zająć, może właśnie MPiPS – jest świetlica alzheimerowska na Woli przy ulicy Żytniej, która powstała z inicjatywy naszego stowarzyszenia. Takie świetlice czy domy dziennej pomocy organizują też inne stowarzyszenia w innych miastach, ale biorą to na własne barki. My jako stowarzyszenie mówiliśmy od dawna, że tego na siebie nie bierzemy, bo nie mamy gwarancji ciągłości finansowania od miasta. No, i jest właśnie ten problem finansów. MZ od lat nie wpisuje zadań zleconych, które my byśmy mogli wykonywać. Choroby Alzheimera nie ma właśnie w palecie tych propozycji ani w ogóle w myśleniu. Są tam, oczywiście, choroby nowotworowe.

To nie o to chodzi, żebym mówiła, że choroba Alzheimera to jest największy problem w Polsce, bo wiem, że nie jest, ale jeśli jest 300 tys. osób chorych, to do tego trzeba dodać przynajmniej jedną osobę w rodzinie, prawda? To już mamy 600 tys. osób i to się będzie zwiększać wraz z wydłużaniem się życia. Powiem jeszcze tylko tyle, bo tu nie padły takie liczby, że na świecie obecnie z powodu choroby Alzheimera cierpią 44 mln ludzi. W 2009 r. było ich 36 mln. Duża zmiana – wzrost o 17%. Natomiast nowe prognozy przewidują, że w 2050 r. będzie 135 mln chorych. Organizacja światowa Alzheimer's Disease International (ADI), której jesteśmy członkiem, oblicza, że obecnie koszt opieki w skali całego świata wynosi ponad 600 mld dolarów rocznie. Chciałam zapytać, ile na chorobę Alzheimera wydaje nasz kraj. Wiem, że ciągle się powtarza, że nie jeste-

śmy tacy bogaci, że mamy dług ogromny, ale ile? Chciałabym to usłyszeć. Ile w naszym kraju wydaje się pieniędzy na osoby z chorobą Alzheimera czy innymi otępieniami? Na leczenie, na diagnozę i na opiekę domową, bo tak jak gdzie indziej na świecie, tak i w Polsce 60-70% osób z chorobą Alzheimera przebywa do końca we własnym domu i opiekunowie – współmałżonek czy dorosłe dzieci – ponoszą koszty. Jeśli będzie przybywać Polaków z chorobą Alzheimera, a będzie, to nie jestem sobie w stanie wyobrazić przyszłości. Dziękuję państwu.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję za ten głos. Chciałem państwu powiedzieć, że otrzymają państwo wszyscy elektronicznie te dwie informacje pisemne, które przedstawili panowie ministrowie, w tym w odniesieniu do MZ wyliczenia, które posiadamy z NFZ, dotyczące częściowo tych zagadnień, o których pani wspominała. Teraz chciałbym poprosić o głos pana profesora Bolesława Samolińskiego krajowego konsultanta do spraw zdrowia publicznego. Bardzo proszę.

Krajowy konsultant w dziedzinie zdrowia publicznego Bolesław Samoliński:

Dziękuję, panie przewodniczący. Proszę państwa, wielość spojrzeń na to zagadnienie jest tak duża jak niezwykle szeroki jest obszar tej niepełnosprawności, który się ciągnie i rozwija wraz z chorobami degeneracyjnymi ośrodkowego układu nerwowego, w tym w chorobie Alzheimera. Mamy tu bardzo trudne zagadnienie, które jest na pograniczu opieki społecznej, opieki socjalnej i opieki zdrowotnej oraz niepełnosprawność społeczeństwa płynącą z niepełnosprawności osoby chorej, która tę chorobę degeneracyjną demonstruje. Jest to klasyczny przykład tego, w jaki sposób pewne zagadnienia z obszaru zdrowia determinują bezpieczeństwo społeczne nie tylko w naszym społeczeństwie i w naszym kraju, ale i w innych wysoko rozwiniętych regionach świata.

Szkoda, że pani wiceprzewodnicząca wyszła, bo mam taką refleksję, dotyczącą tego zjawiska, o którym mówiła pani profesor. Mianowicie, iż obserwuje się spadek ilości chorób degeneracyjnych w niektórych krajach wysoko rozwiniętych. Jest to pozytywna konsekwencja rozwoju właśnie usług w obszarze aktywizacji osób w wieku podeszłym. To jest ta prewencja, którą możemy stosować. To jest to, co jest w obszarze zdrowia publicznego i co jest misją państwa oraz co realizuje MPiPS. Natomiast obszar zdrowia jest obszarem bardzo, bardzo trudnym i skomplikowanym.

Mam takie wrażenie po wysłuchaniu wszystkich państwa niezwykle cennych wypowiedzi... Właściwie nie mogę się zgadzać lub nie zgadzać z nimi, bo zagadnienie jest w wielu momentach dla mnie ciągle odkrywane. Ciągle jest to dla mnie coś, czego się uczę. Natomiast patrzę na to oczyma takimi, jakimi chciałbym, aby patrzyła na to administracja centralna. A mianowicie moim zdaniem i wspominała też o tym pani, która reprezentuje... Przepraszam. Nie, akurat myślałem o pani Barbarze Imiołczyk reprezentującej RPO, która mówiła o tym, że potrzebujemy systemowych rozwiązań. Tutaj indywidualna opieka i rozwijanie organizacji pozarządowych, w tym państwa niezwykle pięknej aktywności, niestety, jest pewnym świadectwem słabości państwa w tym obszarze. My nie możemy zastępować tak trudnego zagadnienia jakim jest niepełnosprawność 500 tys. obywateli w naszym kraju, bardzo silnie wpływająca na otoczenie i na system ochrony zdrowia, tylko i wyłącznie poprzez aktywność osób, które się angażują w organizacje pozarządowe.

W związku z tym – moim zdaniem – systemowe rozwiązania to jest kluczowa sprawa i tym, co myśmy powinni postulować, jest to, aby MZ wespół z MPiPS, ale na pewno dominująca jest tutaj rola MZ, zaproponowało taki program, który by pozwolił na zdefiniowanie ścieżek postępowania wobec tych chorych. Wczesne wykrywanie, a więc pewien algorytm adresowany do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i nie tylko do nich. Taki algorytm może być na stronach internetowych. Może go wykorzystać każdy obywatel w kraju, który uważa, że osoba, z którą ma do czynienia, ma cechy, które by świadczyły o chorobie degeneracyjnej ośrodkowego układu nerwowego, o zmianach demencyjnych. Następnie to, o czym mówiła pani profesor Barcikowska – wielospecjalistyczna opieka. Proszę państwa, to jest coś, od czego myśmy odeszli. Wierzymy święcie, że lekarz rodzinny wszystko załatwi. Jest to absolutna nieprawda. Lekarz rodzinny jest realiza-

torem pewnej misji nadanej mu przez specjalistów. Taka jest prawda. On ma wcześnie zauważyć pewne symptomy. Następnie w trybie wysokospecjalistycznym ustalić rzeczywisty stan pacjenta, rozpoznanie i później przyjąć z powrotem to zlecenie, które mu daje ten specjalista. W tym wypadku ta wielospecjalistyczna opieka jest tutaj czymś niezwykle ważnym do zorganizowania.

Jest jednak jeszcze jeden element w tym wszystkim. Bez względu na to, czy my wcześnie rozpoznamy chorobę i będziemy mieli wielospecjalistyczną opiekę, to mamy coś, o czym mówiliśmy na poprzednim posiedzeniu Komisji. W momencie, kiedy pacjent jednak wymaga tej opieki, bez względu na to, czy ma kontakt z lekarzem, czy nie, i tak ten lekarz mu nie zapewni tego, co mu jest na co dzień potrzebne, a co powoduje tę niesprawność otoczenia, która jest konsekwencją tego, że osoba chora nie panuje po prostu nad swoimi zachowaniami. To jest konieczność myślenia w kategoriach innowacyjności na potrzeby systemu opieki nad chorymi. Osoba wychodzi z domu i później cała rodzina jej szuka wraz z policją po mieście, tak? A nic prostszego niż przyczepić do klapy marynarki czy chustki na szyję detektor lokalizacji takiej osoby, oparty na GPS (*Global Positioning System*). Najprostsze rozwiązanie pod słońcem, tak? Do masowego zastosowania. Upadki tych osób – grawimetry, akceleratory, które pokazują, że następuje nagła zmiana pozycji. Uruchamia się alarm, który wskazuje na to, że dana osoba gdzieś się znajduje, bo te osoby mają dodatkowo zresztą niesprawność fizyczną, wynikającą ze słabości mięśni itd. Cały szereg innych elementów innowacyjności, których dzisiaj nawet nie potrafię wymyślić, ale które mogłyby wesprzeć wszystkich tych, którzy się zajmują opieką nad tymi osobami. Moim zdaniem taki system powinien być budowany permanentnie. To powinna być *non stop* praca pewnie jakiegoś zespołu, pewnie stałych konkursów w tym obszarze, no i zintegrowanej opieki, która jest niezwykłym wyzwaniem dla dwóch resortów – MZ i MPiPS, przy czym w tym wypadku jestem głęboko przekonany, że bardziej ta opieka się przesuwa w stronę zdrowotną niż socjalną. Dziękuję. Akurat wyszedł pan przewodniczący.

Przewodniczący poseł Andrzej Lewandowski (TR):

Dziękuję bardzo za głos. Kto z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Bardzo proszę o przedstawienie się.

Kierownik II Kliniki Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Andrzej Kokoszka:

Andrzej Kokoszka. Jestem profesorem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i kierownikiem II Kliniki Psychiatrycznej. Reprezentuję tutaj sekcję psychiatrii środowiskowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Przez moich kolegów zostałem zobowiązany do przekazania paru informacji. Na koniec chciałbym powiedzieć coś od siebie. W imieniu sekcji naukowej chciałbym bardzo podziękować Komisji za to, że zajęła się tym i znalazła w zakresie swoich planów nie tylko otępienie, ale w ogóle osoby z zaburzeniami psychicznymi w wieku. Wydaje mi się, na to chcieliśmy zwrócić uwagę, że chorzy z chorobą Alzheimera i z innymi otępieniami, oczywiście, wymagają zwiększonej pomocy. Absolutnie się zgadzam z większością tych postulatów, które do tej pory były podnoszone.

Natomiast chciałbym zwrócić uwagę na to, że poza otępieniem są też inne schorzenia występujące w wieku starszym, również schorzenia organiczne i ci pacjenci, którzy się nie mieszczą w określonej jednostce, są w sytuacji dramatycznej. Nie mają schizofrenii, a mają psychozę organiczną i nie można im czegoś wypisać, bo NFZ nie refunduje leków nowej generacji dla tej grupy chorych. Tutaj parokrotnie mówiono o wadze interdyscyplinarnego podejścia. Mnie się wydaje, że to słowo, aczkolwiek słuszne, to bywa też czasami traktowane jako postulat, który jest niemożliwy do zrealizowania. Tutaj warto równocześnie zająć się problematyką osób w wieku starszym z innymi zaburzeniami psychicznymi. Rozumiem, że kołdra jest krótka i że może się pojawiać taka pokusa: „Załatwiajmy na razie tylko coś dla tych, którzy mają dokładnie zdiagnozowaną chorobę”, chociaż diagnoza otępienia też nie jest taka prosta i są różne styki. Wielu pacjentów z otępieniem cierpi na inne zaburzenia psychiczne. To nie jest tak, że mamy człowieka z otępieniem, tylko mamy starszego człowieka, który ma ileś chorób i często również spełnia kryteria innych diagnoz psychiatrycznych. W moim przekonaniu warto od samego początku brać

tutaj pod uwagę inne osoby w tym wieku, które wymagają pomocy ze względu na zaburzenia psychiczne.

Chciałbym też w imieniu towarzystwa i w ogóle polskich psychiatrów liczyć na to, że Komisja będzie też wspierała działania psychiatrów związane z tym, żeby nie redukowano środków, które są przeznaczone na psychiatrię. Pani profesor Maria Barcikowska mówiła o tym i znam wypowiedzi pani profesor już sprzed wielu lat na ten temat, że jest mało psychiatrów, którzy chcą współpracować z lekarzami leczącymi otępienia. Proszę państwa, ale w oficjalnych materiałach NFZ, w planie budżetu na przyszły rok na psychiatrię jest przeznaczonych ponad 200 mln złotych mniej niż w tym roku, więc słuszny absolutnie postulat pani profesor Barcikowskiej pozostanie postulatem, jeżeli to nie ulegnie zmianie. Zamiast mówić na razie o interdyscyplinarności w pełnym tego słowa znaczeniu, proponowałbym, żeby w oficjalnych dokumentach z tego spotkania mówić też o współpracy. Pani profesor na jednym slajdzie pokazywała, jakie powinno być postępowanie w przypadku podejrzenia otępienia u pacjenta leczonego przez lekarza pierwszego kontaktu, żeby tam była współpraca z psychiatrą, z psychologiem i z geriatrą. Wydaje mi się, że mówienie na razie o tych trzech ścieżkach, które wymagają równocześnie rozwoju, może być bardziej pragmatyczne niż używanie słowa „interdyscyplinarne". To tyle, bo koledzy mnie bardzo prosili, żeby Komisja brała też pod uwagę innych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w tym wieku.

Natomiast ze swej strony, tak osobiście, z osobistych obserwacji, które związane są również z uczestniczeniem... Jestem szefem zespołu do spraw psychologii Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. To, co powiem, jest bardzo niepopularne, ale zaryzykuję. Mnie się wydaje, że potrzebna jest dyskusja na temat tego, jak dzielić środki. Proszę państwa, wydaje mi się, że ten podział środków w dużej mierze zależy od siły lobbingu osób w jakiś sposób związanych z daną chorobą. Lobby cukrzycowe jest dużo mocniejsze niż lobby psychiatryczne. Nie mówię, że to jest źle, tylko myślę, że w przypadku i psychiatrii, i otępienia – z oczywistych względów, w szczególności ze względu na dyskryminację – ani nasi pacjenci, ani ich bliscy nie wystąpią w taki sposób jak prezydent Wałęsa, który wsparł osoby z cukrzycą, mówiąc, że on choruje na cukrzycę II typu i że jest to ważne zagadnienie. Jest jeszcze lobby onkologiczne, które chyba jest najsilniejsze. Rozumiem, że choroba nowotworowa jest czymś strasznym i robi wrażenie. No, ale znam przykłady, gdzie refundowane jest leczenie, którego koszty są rzędu 100 tys. złotych i które nie przedłuża życia. Przedłuża jedynie czas do zaostrzenia przebiegu choroby u osoby skądinąd niesprawnej z powodu choroby – nie osoby, która dzięki temu leczeniu jest w stanie się poruszać. Nie przedłuża się życia, tylko przedłuża się okres, kiedy dochodzi do zaostrzenia choroby i zgonu w tym samym czasie. Proszę państwa, 100 tys. złotych dla jednego pacjenta z przewlekłą chorobą to jest zmiana funkcjonowania na kilka lat. Myślę, że dyskusja na temat tego, że preferowane są nagłe, spektakularne choroby a choroby przewlekłe traktowane są jako coś, co jest nie tak dramatyczne i w związku z tym te osoby mogą poczekać czy nie muszą dostawać odpowiednich środków, jest taką dyskusją, która jest potrzebna. Ona może być, oczywiście, bardzo trudna, bo dla osoby, która stoi w obliczu szybkiej śmierci, myślenie jest inne niż dla osoby, która wie, że jeszcze będzie żyła. Tym niemniej wydaje mi się, że tutaj, bez pewnej racjonalności w podziale środków, dopóki nie będzie większego finansowania, to się nie da nic zrobić. To, co możemy robić, to wspierać te osoby, które same nie pójdą do telewizji i nie będą mówiły o tym, że składają się, żeby zrobić swego rodzaju zbiórkę pieniędzy na pomoc w leczeniu choroby przewlekłej, tak jak to się zdarza w przypadku chorób ostrych. Dziękuję bardzo za uwagę i jeszcze raz za zaproszenie naszej sekcji tutaj.

Przewodniczący poseł Andrzej Lewandowski (TR):

Dziękuję bardzo za głos. Pani profesor jeszcze powtórnie chciała zabrać głos.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego Maria Barcikowska-Kotowicz:

Panie profesorze, my się rzeczywiście od dawna znamy. Wytłumaczę panu, skąd tak upieram się przy tej interdyscyplinarności, chociaż wie pan, że pracuję na co dzień z psychiatrami i z psychologami. Otóż nie możemy oderwać się w naszej dyskusji od życia, prawda? Jak pan to sobie wyobrazi? Idzie pacjent do lekarza podstawowej opieki zdro-

wotnej. Lekarz daje mu skierowanie do neurologa. Pacjent idzie do neurologa. Neurolog go bada. Dochodzi do wniosku, że zaburzenia zachowania i psychiatryczne go niepokoją do tego stopnia, że chciałby zasięgnąć porady psychiatry. Wysyła go więc do psychiatry, do psychologa, na neuroobrazowanie i chory wraca. Między lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej a neurologiem jest plus minus 5 miesięcy, optymistycznie licząc. Między lekarzem neurologiem a psychiatrą drugie 5 miesięcy. Przepraszam, 8 miesięcy. Do psychologa to już naprawdę 12 miesięcy, bo psycholodzy wyspecjalizowani w ocenie pacjentów z otępieniem są wartością unikatową. To po pierwsze. Myślę o starym, schorowanym człowieku, bo wiem, że otępienie nie jest jedyną jego chorobą. Jak widzę te jego marsze pomiędzy wszystkimi poradniami, robi mi się zimno i dlatego od lat o to walczę. Ogromnym kosztem, z ciągłą koniecznością walczenia z natychmiastową likwidacją przez kolejnego dyrektora, coś takiego w swoim ośrodku udało mi się zorganizować. Teraz właśnie walczę, żeby jednak mnie nie zlikwidowali. To jest jedna rzecz.

Druga rzecz jest taka. To *à propos* cukrzycy. Mam tylko taką prośbę ogromną jako dementolog, jeśli coś takiego istnieje. Gdyby pan zechciał swoim kolegom diabetologom powiedzieć, że jeśli pacjent ma 14 w skali MMSE (*Mini Mental State Examination*), czyli jest w drugiej fazie choroby Alzheimera, to dawanie mu pena, najdroższej insuliny do ręki i proponowanie, żeby to sobie robił sam w domu, to jest tak mniej więcej, jak dać mu odbezpieczony granat. Jestem pewna, że w Polsce umarło wiele osób w tym mechanizmie.

Kierownik II Kliniki Psychiatrycznej WAM Andrzej Kokoszka:

Jeśli można *ad rem*, pani profesor. Absolutnie się zgadzam z panią profesor. Jeżeli tutaj zabrzmiała moja wypowiedź inaczej, to tylko przez to, że starałem się maksymalnie streszczać. Pani profesor mówi o interdyscyplinarności. Myślałem o tym, co pani powiedziała, żeby skrócić tę ścieżkę – podstawowa opieka zdrowotna, neurolog, psychiatra, psycholog. Chodzi o to, żeby ta ścieżka była w jakiś sposób udrożniona. Tylko tyle myślałem. A diabetologom przekażę.

Przewodniczący poseł Andrzej Lewandowski (TR):

Bardzo bym prosił o dyscyplinę i żeby zabierać głos tylko za moim przyzwoleniem. Pan prosił o *ad vocem*.

Krajowy konsultant w dziedzinie zdrowia publicznego Bolesław Samoliński:

Tak. Bardzo krótko. Zintegrowana opieka to jest takie hasło, które od dłuższego czasu mi chodzi po głowie, dlatego że w przypadku osób starszych... Tu prawie że chciałbym wywołać do odpowiedzi pana profesora Grodzickiego, który – mam nadzieję – potwierdzi to, co powiem. W przypadku osób starszych wielkim problemem jest m.in. niesprawność w obszarze poznawczym. Zaburzenia poznawcze prowadzą do tego, że wędrując od specjalisty do specjalisty, taki pacjent kolekcjonuje leki a nawzajem nie jest w stanie przekazać informacji jednemu specjaliście, jaką dostał receptę, jakie dostał zlecenia od innego specjalisty. Tylko zintegrowana opieka może go uchronić przed wielolekowością i nadużywaniem preparatów.

Przewodniczący poseł Andrzej Lewandowski (TR):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo.

Dziekan Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego Tomasz Grodzicki:

Tomasz Grodzicki. Przez lata miałem przyjemność i zaszczyt być specjalistą krajowym do spraw geriatrii w Polsce. O tej dyskusji mogę powiedzieć tak. Możemy, oczywiście – i to jest pewnie jakieś rozwiązanie – tworzyć programy do poszczególnych chorób czy poszczególnych grup chorób. Mamy takie doświadczenia już w tej chwili, nawet nowe, w zakresie onkologii. Natomiast myślę, że tak naprawdę problem pacjenta starszego polega na tym, że dzisiaj zaczyna się być może często od cukrzycy, potem jest demencja, a często jest demencja, potem jest upadek. No, i generalnie powinniśmy mieć dobry program opieki nad osobami starszymi, zarówno zdrowotnej, jak i socjalnej. Tych rzeczy nie wolno rozdzielać. W Polsce ciągle dwa ministerstwa, niestety, mówią nieco różnym głosem, mimo ogromnej przyjaźni między dwoma panami ministrami. Natomiast dobrze by było, żeby ten projekt, który tutaj został przygotowany przez MPiPS – czę-

ściowo przez zespół kierowany przez pana profesora Samolińskiego i przez panią dyrektor Brezę – stał się również projektem MZ i został zrealizowany. Wtedy rzeczywiście moglibyśmy o tym mówić. Jeśli chodzi o to, o czym pani powiedziała wcześniej, mówiąc o zespole geriatrycznym, kilka lat temu zespół geriatryczny przy Ministrze Zdrowia przygotował projekt. Pan minister, niestety, nie dopuścił do realizacji tego projektu – całego systemu opieki właśnie nad pacjentem starszym. W związku z tym powoływanie zespołów – i tu się w pełni zgadzam – służy tylko temu, żeby odsunąć sprawę w bliżej nieokreśloną przyszłość, natomiast nie po to, żeby zrobić to, co już zostało wielokrotnie napisane, w tym kraju zrobione... Wreszcie to zróbmy, wdróżmy, nie róbmy kolejnych spotkań, bo obawiam się, że to naprawdę może niczemu nie służy.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję panu profesorowi Grodzickiemu. Bardzo panią proszę o zabranie głosu.

Dyrektor Środowiskowego Domu Samopomocy dla Osób z chorobą Alzheimera „Mefazja" w Lublinie Edyta Długosz-Mazur:

Edyta Długosz. Panie przewodniczący, szanowni państwo, chciałam na chwileczkę sprowadzić dyskusję na bardzo konkretny poziom. Prowadzę dwa ośrodki dziennego pobytu w Lublinie i chciałam oddać tutaj pole na chwilę MPiPS, ponieważ wówczas, gdy pacjent jest już zdiagnozowany, to właściwie i dom dziennego pobytu, i dom całodobowy, i usługi opiekuńcze są finansowane z MPiPS. Bardzo krótko. Gorąca prośba o możliwość rozważenia – wiem, że to będzie bardzo trudne, ale jednak – wprowadzenia definicji choroby Alzheimera do finansowania tych działań. Dlatego, że my się cały czas posiłkujemy np. takimi zwrotami „dom dziennego pobytu" czy „ośrodek wsparcia dla osób z innymi zaburzeniami psychicznymi". Kiedyś, do 2004 r., te domy nazywały się domami dziennego pobytu dla osób z chorobą Alzheimera. To samo dotyczy programu wsparcia społecznego czy ASOS, gdzie oceniający wnioski na pewno nie myśli o osobie aktywnej właśnie jako o osobie z chorobą Alzheimera, a rzeczywiście w tych pieniądzach organizacje pozarządowe mogłyby pozyskiwać środki na dalsze działania. Wiem, że w wprowadzanie definicji i takie zawężanie jest trudne, bo to musi znajdować swoje odzwierciedlenie w dokumentach strategicznych. Niemniej jednak wydaje się, że ta grupa chorych zasługuje na to, chociażby patrząc na statystyki.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję za tę propozycję. To jest rzeczywiście warte rozważenia, by w priorytecie czwartym programu ASOS być może jeszcze bardziej szczegółowo rozszerzyć usługi zewnętrzne i usługi społeczne wobec osób starszych. Czy ktoś jeszcze z państwa chciałby zabrać głos? Jeżeli możemy, to pan minister Mleczko poprosił o głos. Rozumiem, że państwo razem z panią dyrektor Brezą ustosunkują się do zgłoszonych pytań. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MPiPS Radosław Mleczko:

Jeśli można, panie przewodniczący. Króciutko. Zanim padnie kilka zdań reakcji czy odpowiedzi na państwa postulaty, chciałbym prosić jeszcze panią dyrektor Brezę o odniesienie się bardzo krótko do jednej z wypowiedzi. Bardzo proszę, pani dyrektor.

Dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej MPiPS Marzena Breza:

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Panie przewodniczący i pani przewodnicząca, to tylko gwoli jasności. Na żadnym etapie w swojej wypowiedzi nie myślałam tak i nie mogłam tego wyrazić, że program ASOS jest skierowany do osób z chorobą Alzheimera, tylko do otoczenia. Rodziny, która z takim wyzwaniem się mierzy.

Natomiast jeżeli chodzi o przygotowanie kadr również do opieki nad osobą z tego typu chorobą, to – tak jak powiedziałam – obejmuje to okres nowego finansowania z EFS, w którym zawieramy generalnie działania dla tworzenia kadr w systemie opiekuńczym dla osób starszych, bez wyróżniania konkretnych chorób. Jednak to, oczywiście, przy kolejnych etapach naszej współpracy z Komisją, jak też i faktycznej pracy nad programami operacyjnymi, o których wspominałam. Będziemy mieli w pamięci konkretnie tego typu schorzenie i wyzwania, które wiążą się z rosnącą liczbą tych zjawisk chorobowych w Polsce. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję pani dyrektor. Proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MPiPS Radosław Mleczko:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, chciałbym tylko ze swojej strony bardzo państwu podziękować, zarówno za komentarze o charakterze ogólnym czy systemowym, jak również za szczegółowe, jak ten ostatnio sformułowany przez panią Długosz, które na pewno będą przedmiotem analizy w ministerstwie.

Chciałem się odnieść do jednego z wątków, który padł w wystąpieniu pani profesor Barcikowskiej, mianowicie do tego, o czym już pan profesor Samoliński mówił. W niektórych krajach – bodaj w Szwecji, w Stanach Zjednoczonych i w kilku jeszcze innych krajach – odnotowujemy istotny spadek tych zachorowań. To jest chyba coś, co powinniśmy również z tego dzisiejszego spotkania zapamiętać. A zatem nie jesteśmy bezradni wobec wyzwań demograficznych. To nie jest tak, że tylko zmierzamy do tego, że musimy się przygotować na to, że będzie gorzej. Za sprawą wspólnie podejmowanych decyzji możemy sprawić, że będzie lepiej. Mam nadzieję, że to dzisiejsze spotkanie będzie również istotnym krokiem w tym kierunku, żeby sprostać tym wyzwaniom. Dziękuję państwu jeszcze raz.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję. Jeszcze jeden głos. Bardzo proszę o krótki głos.

Członek prezydium Komisji Dialogu Społecznego ds. Osób Starszych i Kombatantów przy Biurze Pomocy i Projektów Społecznych m.st. Warszawy Renata Ekielska:

Renata Ekielska. Jest to Fundacja „Projektowanie Codzienności". Jeżeli mówimy o wielkich programach na przyszłość, wielka prośba, byśmy spojrzeli na to, co jest w tej chwili na sprawę zdrowia. Na dzisiaj, konkretnie mówimy. W wielu miejscach u specjalistów było zaznaczone, że sprawa chorób tarczycy i osób chorych na tarczycę jest niesłychanie ważna. Co jeszcze ważne, to fakt, że choroby tarczycy źle zdiagnozowane są efektem wielu chorób psychicznych, m.in. demencji. Myślę, że to jest punkt, gdzie moglibyśmy zaznaczyć to już w tej chwili, poprawiając dostępność. Nie wiem, od kogo to zależy, ale spotykając się z różnymi osobami, moimi podopiecznymi, dowiaduję się o ilości chorób tarczycy u osób starszych, szczególnie w tej chwili. Nie tylko u kobiet, jak to było kiedyś, ale i w dużych grupach mężczyzn. Myślę, że to jest temat, którego – niestety – nikt z państwa nie zaznaczył. Dlatego pozwalam sobie o tym powiedzieć. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję. Jeżeli szanowni państwo pozwolą, chciałbym w kilku słowach krótko może nie podsumować, bo to byłoby zbyt ambitne, ale przedstawić kilka moich spostrzeżeń. Po pierwsze, nie wiem, czy państwo wiedzą, ale nasza Komisja zajmuje się sytuacją osób starszych w różnych... Przepraszam, wchodzę w inny obszar. Nasza Komisja zajmuje się generalnie starością. Państwo dokładnie wiedzą, że polska starość ma różne oblicza, różne twarze.

Cały czas nie mogę zapomnieć takiego obrazka. Mianowicie jestem też związany z warszawskimi uniwersytetami trzeciego wieku. Kiedyś byłem na wykładzie u pani prezes Lewkowicz na Uniwersytecie Trzeciego Wieku Szkoły Głównej Handlowej. Znałem tam jedną słuchaczkę, która zawsze przychodzi ze swoim mężem. To jest absolutnie aktywna słuchaczka, funkcjonująca w wielu obszarach edukacji, nauki języków obcych, informatyki. Nawet chyba się udziela w nowym teatrze, który powstał na tym uniwersytecie. Jednak zawsze ma pod ręką swojego męża. Ten mąż jest chory na chorobę Alzheimera. I to, że owa pani, będąc przykładem innej trochę starości, innego jej oblicza – starości aktywnej, która chce się dalej rozwijać – jest cały czas przy tym mężu, który jest takim trochę niemym uczestnikiem tego wszystkiego, w czym ona uczestniczy, to jest jednak pewien problem i jakieś wyzwanie wobec nas wszystkich. Przede wszystkim wobec instytucji samorządowych, ale także i programów rządowych, nad którymi powinniśmy wspólnie pracować. Tego typu sytuacje nie powinny mieć miejsca, bo one nie służą dwóm stronom i o tym też warto wspomnieć.

Jeżeli o tym mówimy, chciałbym też podsumować jedną bardzo ważną rzecz, mianowicie to, że publikacja BRPO pokazuje, że też mamy na czym się oprzeć. Dla mnie takim doskonałym dokumentem, który być może powinien być poddany pewnej aktualizacji, ale stanowi istotną podstawę do dalszych prac i formułowania naszych wspólnych wniosków wobec polityk publicznych, jest Polski Plan Alzheimerowski. Moim zdaniem są to konkretne postulaty, bardzo szczegółowe. Być może nawet w dalszych pracach nad rozszerzaniem, rozwinięciem założeń długofalowej polityki senioralnej warto sięgnąć do tego dokumentu, prawda? Żeby te konkretne postulaty także przełożyć na mapę drogową, która będzie kiedyś – mam nadzieję – w naszym kraju osiągnięta. Chciałbym jeszcze raz państwu bardzo serdecznie podziękować.

Chciałbym również wykorzystać tę okazję, skoro jest tylu przedstawicieli organizacji pozarządowych na tej sali, aby się państwo włączali w powstające w naszym kraju, w tym także w Warszawie, gminne rady seniorów, które mają być ciałami inicjatywnymi doradczymi, konsultacyjnymi. One powstają w tym momencie naprawdę bardzo dynamicznie i w 16 dzielnicach warszawskich, i w Świnoujściu, i w Tychach, i w Częstochowie, i w Dąbrowie Górniczej, i w wielu innych miejscach. Proszę, żeby państwo jako przedstawiciele rodzin i opiekunów osób starszych także włączali się w te prace, aby poprzez wasz głos w tych gremiach także samorząd mógł kreować i programy, i instytucje, które będą przyjazne osobom chorym na choroby otępienne i na chorobę Alzheimera, ale także ich opiekunom i ich rodzinom. Bardzo dziękuję za obecność i zachęcam do dalszej współpracy z Komisją Polityki Senioralnej. Dziękuję bardzo.